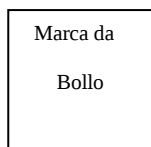


RACCOMANDATA A. R.



Alla A.S.L. Cagliari
Sede del Comitato Consultivo Zonale
Provincia di Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 SELARGIUS

OGGETTO: Domanda di inclusione nelle graduatorie per la specialistica ambulatoriale dell'ambito del Comitato Consultivo Zonale della Provincia di Cagliari per l'anno 2018 – art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale, 17/12/2015 per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni, Medici Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi).

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

(cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____ residente nel
Comune di _____ (prov. _____) in Via _____ n° _____
CAP. _____ Tel. _____ Cell. _____ E-Mail _____
PEC _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale, 17/12/2015 per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali, Medici Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art.8 del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. –

**DI ESSERE INCLUSO/A NELLA GRADUATORIA PER LA BRANCA/DISCIPLINA
QUI DI SEGUITO INDICATA DAL/LA SOTTOSCRITTO/A**

di _____ **per i medici specialisti ed odontoiatri**
di _____ **per i medici veterinari**
di _____ **per i biologi**
di _____ **per i chimici**
di _____ **per gli psicologi** (indicare la disciplina di psicologia o psicoterapia)

a valere per l'anno **2018** relativa al **Comitato Consultivo Zonale Provincia di Cagliari** nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

- Dichiaro di essere presente nella graduatoria dell'anno _____
(Indicare l'ultima graduatoria in cui si è presenti)

- Dovrà essere presentata una domanda per ogni singola branca o disciplina nella quale lo/la specialista chieda di essere incluso/a.

- Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza ☐
- il domicilio sottoindicato:

c/o _____ Comune _____ Provincia _____

indirizzo _____ n° _____ CAP _____

Si acclude alla presente:

- a) Autocertificazione informativa (Allegato A)
- b) Documento d'identità in corso di validità;

Data _____ Firma per esteso _____

Avvertenze importanti

Le domande devono essere inoltrate dal 1° gennaio ed entro e non oltre il 31 gennaio 2017.

Le graduatorie che verranno formate relativamente a tali domande avranno efficacia dal 2018.

Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, non si terrà conto delle dichiarazioni dalle quali non è possibile dedurre con esattezza i dati per la valutazione.

La domanda, **sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore**, potrà essere trasmessa attraverso una delle modalità sotto indicate:

- **Raccomanda A.R.** trasmessa al seguente indirizzo: Servizio del Personale, A.S.L. Cagliari, Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius (Ca). Per la data di spedizione farà fede il timbro dell'Ufficio Postale accettante;
- **Consegnata a mano** entro la data di scadenza, presso l'Ufficio Protocollo Generale della A.S.L. Cagliari, Via Piero della Francesca 1 – Selargius (Ca), (sito al piano terra);
- **Per via telematica esclusivamente tramite PROPRIA casella di posta elettronica certificata (PEC)**, all'indirizzo protocollo.generale@pec.aslcagliari.it, avendo cura di allegare tutta la documentazione in formato PDF in unico file.

In tal caso, al fine di assolvere al versamento dell'imposta di bollo, si prega di compilare e inviare l'apposito modulo allegato.

Esclusioni:

1. Il **mancato possesso dei requisiti** previsti per l'inclusione nelle graduatorie per l'anno 2018 - art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale, 17/12/2015 per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni, Medici Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), così come **la falsa dichiarazione degli stessi, comporta l'esclusione dalle suddette graduatorie**, ferma restando la responsabilità individuale prevista dalla vigente normativa per dichiarazioni mendaci.
2. **La mancata sottoscrizione autografa** della domanda da parte del candidato, la **mancanza di elementi atti ad identificare con certezza il candidato**, il **mancato rispetto dei termini di scadenza e delle modalità per l'invio delle istanze di partecipazione**, è motivo di esclusione.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Allegato A

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

(cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ (prov. ____) il _____ residente nel
Comune di _____ (prov. ____) in Via _____ n° ____
Cap. _____ Tel. _____ Cell. _____ cittadinanza _____

Dichiara

ai sensi e per gli effetti dell'artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.:

(COMPILARE TUTTI I CAMPI RICHIESTI)

1. di possedere il diploma di laurea della classe corrispondente in _____
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia) con voto _____/_____ conseguita presso l'Università di _____
in data ____/____/____ (gg/mm/aaaa);
2. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
 - in _____ conseguita il ____/____/____ (gg/mm/aaaa)
presso l'Università di _____ con voto ____/____;
 - in _____ conseguita il ____/____/____ (gg/mm/aaaa)
presso l'Università di _____ con voto ____/____;

☐ **si specifica che la specializzazione è conseguita ai sensi degli artt. 3 e 35 della Legge n. 56/89 (per i biologi, chimici e psicologi);**
3. di essere iscritto/a all'Albo professionale dei _____ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei medici veterinari o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ dal ____/____/____ (gg/mm/aaaa);
4. di essere abilitato/a all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo o odontoiatra, medico veterinario o biologo, o chimico o psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____;
5. di trovarsi nella seguente posizione:

a) di essere ☐ **non essere** ☐ titolare di altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

b) di essere ☐ **non essere** ☐ proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e ss.mm.ii., o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e ss.mm.ii.;

c) di esercitare ☐ **non esercitare** ☐ attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale: _____;
(specificare)

d) di essere ☐ **non essere** ☐ titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto, che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

e) di svolgere ☐ **non svolgere** ☐ attività di medico di medicina generale;

f) di svolgere ☐ **non svolgere** ☐ attività di pediatra di libera scelta;

g) di essere ☐ **non essere** ☐ titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale, 17/12/2015 e svolga contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 20 del sopracitato accordo;

h) di esercitare ☐ **non esercitare** ☐ la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale, 17/12/2015 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività _____);
_____);

i) di svolgere ☐ **non svolgere** ☐ funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

l) di fruire ☐ **non fruire** ☐ del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

m) di operare ☐ **non operare** ☐ a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività _____);
_____);

n) di essere ☐ **non essere** ☐ titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii.;

o) di essere ☐ **non essere** ☐ iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e ss.mm.ii.;

p) di fruire ☐ **non fruire** ☐ di trattamento di quiescenza;

q) di avere ☐ **non avere** ☐ subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale, 17/12/2015 (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);

r) di essere ☐ **non essere** ☐ soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

s) di avere ☐ **non avere** ☐ riportato condanne penali e **di avere** ☐ **non avere** ☐ procedimenti penali pendenti;

t) percepire ☐ **non percepire** ☐ l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____);

DICHIARA inoltre

di aver svolto le seguenti attività professionali nella branca o area Professionale (sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato) effettuate ESCLUSIVAMENTE ai sensi del D.P.R. 271/00 e dell'A.C.N. Specialista Ambulatoriale.

N.B.:

- Non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000.
- Il numero delle ore non dichiarate nella domanda di inclusione nella graduatoria dell'anno precedente devono essere dichiarate per la valutazione del punteggio sulla base di nuovi criteri stabiliti dall'A.C.N.
- Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio non si terrà conto delle dichiarazioni dalle quali non è possibile dedurre i dati di valutazione.
- Dovrà essere dichiarato il numero totale delle ore effettivamente svolte.
- Gli incarichi quali dipendenza a tempo indeterminato, determinato, libero professionali, Co.Co.Co, coadiutore regionale, non dovranno essere dichiarati in quanto non valutabili.

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
_____ n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ **ASL** _____ **Poliambulatorio/Sede di**
_____ **n. ore totali (effettivamente svolte)** _____ **dal** _____ **al** _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ **ASL** _____ **Poliambulatorio/Sede di**
_____ **n. ore totali (effettivamente svolte)** _____ **dal** _____ **al** _____

Anno _____

Branca o area Professionale di _____ **ASL** _____ **Poliambulatorio/Sede di**
_____ **n. ore totali (effettivamente svolte)** _____ **dal** _____ **al** _____

NOTE

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.lgs. n. 196/03 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

(Data)

(Firma per esteso)